Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin der Universität
Hamburg (Hafen-Krankenhaus)
Obermedizinalrat Dr. Hans Koopmann

Die Zwangsasylierung asozialer Offentuberkulöser in Hamburg

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

vorgelegt von

FRITZ JAROSCH

Hamburg 1939

1. Berichterstatter: Dozent Dr. K o o p m a n n

2. Berichterstatter: Prof. Dr. B ü r g e r - P r i n z

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

Dissertationsdruck A. Preilipper, Hamburg 11, Admiralitätsstr. 16 - Ruf: 36 50 89.

INHALTSÜBERSICHT

Vorwort.
Einleitung.
I. Die Asozialen.
a) Die Asozialen und die Gemeinschaft.
b) Die Asozialen als Krankheitsträger.
II. Tuberkuloseopfer.
a) Tuberkulosemortalität.
b) Anzahl der Offentuberkulösen im Reich.
c) Anzahl der davon Erfaßten.
d) Gesamtschaden.
e) Sterbefälle an Lungen-Tbc. in Hamburg und im Reich.
III. Bekämpfung der Tuberkulose im Ausland.
a) in England,
b) in Italien.
IV. Kampf gegen die asozialen Offentuberkulösen.
A) In den Ländern:
a) in Thüringen,
b) in Braunschweig,
c) in Bayern,
d) in Württemberg,
e) in Baden,
f) in Mecklenburg,
g) in Sachsen,
h) in Oldenburg,
i) im Saargebiet.
B) Ansätze zur reichseinheitlichen Bekämpfung.
C) In Hamburg:
a) Fürsorgeentwicklung,
b) Fürsorgestellen,
c) Heilstätte und Zwangsunterbringung,
d) Einstellung der asozialen Lungenkranken,
e) Einweisung und gesetzliche Bestimmungen,
1. § 22 in Hamburg,
2. § 14 in Preußischen Gebietsteilen,
3. § 327 des R.St.G.B.,

4. Bestimmungen gegen umherziehende und obdachlose Lungenkranke,
5. Bestimmungen gegen in Lebensmittelbetrieben beschäftigte Lungenkranke.

f) Kostenträger und Höhe der Kosten,
g) Laut § 22 eingewiesene Männer und Frauen,
h) Belegung innerhalb der letzten 3½ Jahre,
i) Das soziale Niveau der Eingewiesenen.
k) Die „Offene" Abteilung für sozial einwandfreie Lungenkranke,
l) Ärztliche Behandlung, Essen und der regelmäßige Lebenswandel als Heilfaktor,
m) Arbeitstherapie,
n) Strafen,
o) Briefkontrolle,
p) Tageseinteilung,
q) Entweichungen,
r) Urlaub,
   1. Urlaub als Erziehungsmittel,
   2. Anregung einer Urlaubsneuregelung als Schutz gegen Entweichungen,
   3. Dauer des Urlaubs,
   4. Entlassungsfragen.
s) Todesfälle.

V. Massen- und Reihendurchleuchtungen mit Hilfe des Röntgen-Reihenbildners.

Schluß.

Die Arbeit „Die Zwangsasylierung asozialer Offentuberkulöser in Hamburg“ gehört in das Gebiet der sozialen Medizin, die in engen Beziehungen zur gerichtsärztlichen steht. Nicht immer bildet sich eine scharfe Abgrenzung zwischen der sozialen und der Gerichtsmedizin klar heraus. Die erstere hat zwar eine Vielheit von Fragen und Problemstellungen, die auch ohne Kentnisse rein gerichtsärztlicher Erfahrungen beantwortet werden könnte. Gerade die jüngste Zeit stellt Aufgaben ausgesprochen sozialer Natur in solcher Fülle, daß eine Trennung dieser beiden Disziplinen gerechtfertigt erscheinen könnte, wenn nicht durch diese weitere Spezialisierung dem Streben nach einer Gesamtschau von ähnlich gearteten Problemen unter höheren Gesichtspunkten, wie z. B. der Gesunderhaltung deutscher Arbeitskraft ein Hindernis erwachsen würde. Dieses führte wohl eher zu einer Entfernung als zu einer Annäherung dieser übergeordneten Ziele. Dieser Grundgedanke ließ so auf der Tagung 1936 in Dresden die Mehrzahl der Vertreter der sozialen und gerichtsärztlichen Medizin von einer Trennung der Fächer Abstand nehmen. In ähnlicher Weise bekundete die R.V.A. im Februar 1937 ihre Stellungnahme.

„Es ist eine Halbheit, unheilbar kranken Menschen die dauernde Möglichkeit einer Verseuchung der übrigen gesunden zu gewähren. Es entspricht dies einer Humanität, die, um dem einen nicht wehe zu tun, hundert andere zugrundegehen läßt“.

Diese Erkenntnis des Führers und seine sich daraus ergebende Forderung, erblich schwerbelastete Menschen an der Zeugung kranker Nachkommen zu hindern, ist bereits für das ganze Reich Wirklichkeit geworden durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. Als logische Weiterentwicklung dieser Maßnahme folgte am 18. 10. 1935 der Erlaß des Ehegesundheitsgesetzes. Eine Eheschließung wird danach als unerwünscht angesehen und verhindert, wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommen befürchten läßt.

Der nationalsozialistische Staat hat als eine der größten Verpflichtungen der Zukunft gegenüber für die Reinerhaltung des Blutes zu sorgen und darüber zu wachen, daß diesem Gesichtspunkt die übrigen sich daraus ergebenden Fragen und Probleme unterzuordnen sind, damit die Möglichkeit der Höherentwicklung unseres Volkes gewährleistet wird. In die Reihe dieser Bestrebungen gehört gleichfalls das Zurückdämmen

der sozial Minderwertigen, die ja oft und in den fast meisten Fällen Träger auch der Krankheiten sind, die bei hemmungsloser Fortpflanzung den Bestand und die Aufwärtsentwicklung des deutschen Volkes in schwerster Weise bedrohen.

Ebenso gehört in diesen Rahmen die zwangsweise Absonderung Offentuberkulöser, die durch asoziales und antisoziales Verhalten die Gesundheit der Mitmenschen in hohem Grade gefährden. Diese asozialen Elemente, die sich aus willensschwachen Menschen zusammensetzen, bringen kein Verständnis und können durch ihre Veranlagung zum großen Teil gar kein solches für die Verpflichtungen des Einzelnen in der Gemeinschaft aufbringen. Besonders die liberalistisch-marxistischen Einflüsse der Nachkriegszeit mit ihrer Überbetonung des individualistischen Gedankens stärkten diesen Menschen das Rückgrat. „Der Glaube an die Erziehbarkeit aller Menschen feierte Triumphe; die Skeptiker wurden als altmodisch, unlogisch oder als ressortegoistisch angeprangert. Ehe jemand in eine Anstalt überwiesen wurde, d. h. in eine Gemeinschaft, die politisch von vornherein suspekt war, entschlossen sich die maßgebenden Stellen zu einem ‚nochmaligen Versuch'. Selbstverständlich folgte diesem ‚nochmaligen Versuch' ein zweiter, dritter, vierter. Die Asozialen verwahrlosten weiter und kosteten die öffentlichen Kassen in teuren Spezialanstalten . . . sehr viel Geld". *(Steigerthal).* Durch ihre passive Einstellung zum Leben, sowohl zum eigenen als auch zu den Forderungen der Volksgemeinschaft, versagen sie immer wieder und werden so infolge der Häufigkeit ihrer vielleicht an sich sonst kleinen Vergehen zu einer Gefahrenquelle, die, wenn sie nicht an ihrem Anfang und Ursprung eingedämmt wird, zu einem immer größeren Strom der Arbeitsscheuen, Bettler, Zuhälter, Trunksüchtigen, Unterhaltungssäumigen und sonstigen Obdachlosen anschwillt. In seiner Hemmungslosigkeit bedroht er das umliegende Land der Ordnung in stärkstem Maße.

Ebenso müssen nach *Heisig* zu den asozialen Elementen „seelisch von jeher abwegige Menschenkinder, Störenfriede und Lebensversager aus Charaktergründen, die noch dazu an einer offenen Tuberkulose erkrankt sind" gerechnet werden. „Asozial verhält sich jeder, der ohne Not gegen Lebensgesetze der Volksgemeinschaft verstößt. Diese Auffassung mußte zu einer Ausweitung des Begriffes ‚asozial' führen. Asozial im Sinne unserer Abteilung[1] sind mithin auch die an und für sich nicht nur gesellschaftsfähigen, sondern durchaus gesellschaftswürdigen Volksgenossen, die erst mit ihrer offenen Tuberkulose gesellschaftlich versagen, weil sie sich mit dem System sozialer Forderungen, das mit dieser Krankheit gebieterisch auftaucht, nicht abfinden können. Dazu würden etwa die sonst wertvollen, aber aus lauter Herzensgüte unbelehrbar unvorsichtigen tuberkulösen ‚Kinderfreunde' zu rechnen sein, die ihrem Zärtlichkeitsbestreben keine Zügel anlegen. Diese ‚Situationsversager' kommen selbstverständlich erst nach vielfacher erfolgloser Belehrung für die Zwangsasylierung in Frage. Von ihnen bis zu den Charakteren ausgesprochen psychopathischer Prägung ist ein sehr weiter Weg; sie müssen sich aber die Einreihung in die Gruppe der asozialen Persönlichkeiten

[1] Zwangsisolierungs-Station in Stadt-roda in Thüringen.

gefallen lassen, weil sie die Rücksicht auf das große Ganze außer Acht ließen."

Zu trennen sind die Asozialen allerdings von den antisozialen Menschen, die durch ihre willensmäßige Gegnerschaft zur bestehenden Ordnung die Sicherheit und Arbeit der Gemeinschaft fortlaufend zu stören versuchen.

Bedingt durch die Tatsache ihrer Einstellung zu sich selbst und zur Umgebung, sind unter den Asozialen viele, die als Träger von Geschlechtskrankheiten und Lungentuberkulose einen weiteren Herd der Verseuchung des gesunden Volkskörpers darstellen.

Einige Zahlen der Tuberkulose-Mortalität und die Zahl der Offentuberkulösen zeigen, daß der Kampf gegen diese Seuche mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln der ärztlichen Kunst und der Aufklärung des ganzen Volkes fortzusetzen ist.

Wenn auch neue Beobachtungen auf epidemiologischen Gebiete die Erkenntnis gebracht haben, daß die Durchseuchung der Bevölkerung mit Tuberkulose erheblich zurückgegangen ist,

wenn auch die Zahlen der Tuberkulose-Mortalität einen Rückgang von 23 Todesfällen auf 10 000 Einwohner in Deutschland im Jahre 1918 auf 6—7 Tuberkulose-Todesfälle auf 10 000 Lebende in der letzten Zeit aufweisen,

wenn auch die Tuberkulose von der zweiten Stellung als Todesursache jetzt auf die 6. Stelle gerückt ist, so gebieten diese Tatsachen dennoch einen weiteren verstärkten Einsatz und einen weiteren Ausbau der Tuberkulose-Fürsorgestellen mit hauptamtlichen Fachärzten und Helfern. Die Berechtigung einer solchen Weiterentwicklung ist dadurch gegeben, daß es in Deutschland noch rund 400 000 Offentuberkulose gibt, von denen höchstens 150 000 sich selbst, den Ärzten oder amtlichen Stellen bekannt sind. *Braeuning* hat nach sorgfältigen Ermittlungen berechnet, daß etwa 2% aller Menschen in Deutschland an Tuberkulose leiden, darunter 0,5 bis 0,7% an offener Tuberkulose. Immer noch werden 60—70% dieser Kranken von den bestarbeitenden Fürsorgestellen zu spät erfaßt. Der jährliche Gesamtschaden, den die Tuberkulose verursacht, ist mit 4—5 Milliarden Reichsmark nicht zu hoch geschätzt[2]. Gerade die letzten Zahlen von den zu spät erfaßten Offentuberkulösen und den überhaupt erst erfaßten, bringen die Bedeutung des „zu spät" in erschreckender Klarheit zum Ausdruck.

So waren nach dem „Bericht über das Geschäftsjahr 1937—38" des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses von *Seiffert* in Hamburg 1095 Sterbefälle an Lungentbc. und 82 an sonstiger Tbc. Davon waren der Fürsorgestelle vor ihrem Tode bekannt 838 Lungen-Tbc.-Kranke und 33 sonstige Tbc.-Kranke. Das Deutsche Reich — Altreich — wies 36050 Sterbefälle an

---

[2] Diese Zahlen stammen aus dem Vortrag Koesters „Zeitgemäße Tuberkulosefragen und ihre Auswirkung für die praktische Tuberkulosebekämpfung", gehalten auf der Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Deutschen Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Untergruppe Westfalen-Lippe, am 23. 10. 1937 in Witten.

Lungen-Tbc. auf, wovon 29878 der Fürsorgestelle vor ihrem Tode bekannt waren und, von 3972 sonstigen Tbc.-Sterbefällen waren der Fürsorgestelle 1620 Kranke vor ihrem Tode bekannt.

Einen genaueren Überblick über die Sterbefälle an Lungentuberkulose in Hamburg bieten die beiden folgenden von *Dahme* zusammengestellten Tabellen.

An Lungen-Tbc. gestorben in Hamburg*

Jahr	ml.	wbl.	o/ooml.	o/oowbl.	Lungen-Tbc.
1910	673	554	1,35	1,10	1227
1911	743	499	1,45	0,97	1242
1912	752	525	1,41	0,99	1277
1913	740	477	1,36	0,87	1217
1914	695	535	1,28	0,97	1230
1915	692	586	1,27	1,07	1278
1916	664	647	1,22	1,18	1311
1917	944	858	1,79	1,29	1802
1918	1013	904	1,92	1,19	1917
1919	865	927	1,55	0,88	1792
1920	694	618	1,34	1,08	1312
1921	627	561	1,19	0,97	1188
1922	687	644	1,26	1,10	1331
1923	785	654	1,17	0,99	1439
1924	645	587	1,17	0,99	1332
1925	571	528	1,06	0,90	1099
1926	531	473	0,94	0,78	1004
1927	526	481	0,93	0,78	1007
1928	519	493	0,88	0,79	1012
1929	488	365	0,86	0,69	853
1930	509	356	0,86	0,68	865
1931	552	392			944
1932	484	445			929
1933	482	378			860
1934	437	351			788
1935	442	311			753
1936	487	373			860

An Lungen-Tbc. gestorben in Hamburg

Jahr	bis 15	15— 20 J.	20— 30 J.	30— 40 J.	40— 50 J.	50— 60 J.	60— 70 J.	über 70
1920	99	120	273	236	204	162	107	31
1921	76	90	240	227	178	140	87	39
1922	86	113	254	210	177	132	115	52
1923	80	126	312	214	245	156	94	44
1924	56	107	277	232	152	133	80	40
1925	48	80	309	210	158	134	80	34
1926	41	78	295	233	159	113	58	27

*) Vor dem Erlaß des Groß-Hamburg-Gesetzes.

An Lungen-Tbc. gestorben in Hamburg

Jahr	bis 15	15— 20 J.	20— 30 J.	30— 40 J.	40— 50 J.	50— 60 J.	60— 70 J.	über 70
1927	26	77	336	220	149	116	85	35
1928	28	91	409	257	153	120	70	41
1929	25	59	420	274	124	114	69	38
1930	17	52	404	252	125	97	74	36
1931	15	48	344	234	152	126	92	44
1932	35	40	333	256	134	93	70	48
1933	22	41	207	193	121	107	86	46
1934	19	28	228	180	127	94	58	54
1935	24	19	187	191	141	76	74	41

Je weiter man sich mit der Frage der zwangsweisen Asylierung asozialer Offentuberkulöser beschäftigt, um so selbstverständlicher erscheint die Forderung einer einheitlichen Gesetzgebung für das ganze Reich auf diesem Gebiete, ja für die Sicherung unseres Lebens und Bestandes als Volk naturnotwendig.

So bricht sich auch im Ausland die Erkenntnis Bahn, ansteckende Kranke, die ihre Mitmenschen gefährden, abzusondern.

In England bestimmen in der „Public Health Act" vom 31. Juli 1936, die das Gesundheitswesen einer grundsätzlichen Neuerung unterziehen, die „provisions as to treatment of tuberculosis", daß ein ansteckend Tuberkulöser, der von einem summarischen Gericht auf Anzeige des Grafschaftsrates hin als eine erhebliche Gefahr für seine Mitmenschen zu betrachten ist, zum Zwecke der Verhütung der Weiterverbreitung und der etwaigen Heilung des Kranken in eine Heilstätte untergebracht wird. Die Unterbringung soll die Dauer von drei Monaten nicht überschreiten. Ist eine Weiterinternierung erforderlich, so soll diese für drei weitere Monate angeordnet werden. Die Anordnung des summarischen Gerichtes ist innerhalb von drei Tagen auszuführen. Die Kosten der Unterbringung trägt der Grafschaftsrat oder die die Internierung beantragende Behörde. Besteht keine Gefahr der Weiterentwicklung mehr, so kann die Internierung aufgehoben werden. Ferner sind noch Strafbestimmungen vorgesehen, die Strafen für Eltern androhen, die trotz Kenntnis des ansteckenden Charakters der Krankheit ihrer Kinder, diese weiter in die Schule schicken, und für Lehrer, die ansteckend kranke Kinder in der Schule dulden.

Die „disposizione per combattere la tuberculosis" der „Leggi Sanitarie" vom 27. 7. 1934 sehen in Italien Strafen für die vorsätzliche Weiterverbreitung der Krankheit durch ansteckend Tuberkulöse vor[3].

Im Deutschen Reich konnte bislang von einer einheitlichen Regelung zur Bekämpfung der Tuberkulose nicht die Rede sein, da sie bedingt war durch die historische Entwicklung des Kampfes der einzelnen Länder. So versuchte z. B.

Thüringen im Jahre 1930 durch die Landesseuchenordnung der Tuberkulose im großen Stil zu begegnen. Diese Seuchenordnung, die am

[3] Mitgeteilt von Steinwallner-Bonn in der Münch. Med. Wochenschr., Nr. 25, 1937 unter dem Tietel: „Bekämpfung der Tuberkulose im Ausland".

14. 2. 1931 unter *Frick* zum Gesetz erhoben wurde, weist Bestimmungen für die Zwangsunterbringung Offentuberkulöser auf[4].

Nach *Roloff* bestehen noch in folgenden deutschen Ländern Gesetze, die eine Zwangsverwahrung von asozialen Offentuberkulösen ermöglichen.

Im Land Braunschweig sind Sonderverordnungen in Kraft, die über die Asylierung Offentuberkulöser keinen Zweifel aufkommen lassen.

Auf Grund des Art. 67, Abs. II des Bayr. Polizei-Straf-Gesetzbuches können auf Antrag der Staatlichen Gesundheitsämter in Bayern Kranke zur Untersuchung polizeilich vorgeführt und nötigenfalls in einem Krankenhause zwangsweise untergebracht werden.

In Württemberg gilt der Art. 32 des Württemberischen Polizei-Straf-Gesetzes.

Baden stützt sich auf die Bestimmungen der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die zum Vollzug des Reichsgesetzes vom 30. 6. 1900 erlassen wurden.

In Mecklenburg hat die z. T. noch in Kraft befindliche alte Mecklenburgische Medizinal-Ordnung Gültigkeit, nach der auf Vorschlag des Amtsarztes die Polizeibehörden die Maßnahmen zu treffen haben, die zur Vorbeugung und Minderung ansteckender Krankheiten nötig sind.

Der Reichsstatthalter in Sachsen hat am 1. 2. 1937 und das Staatsministerium in Oldenburg am 30. 3. 1937 entsprechende Verordnungen erlassen, um widerstrebende Offentuberkulöse in Krankenanstalten abzusondern.

Im Saargebiet wurde eine „Verordnung betr. zwangsweiser Absonderung von Offentuberkulösen" am 28. 2. 1938 erlassen.

Preußische Bestimmungen sind weiter unten vermerkt.

In der neueren Zeit sind Ansätze für eine einheitliche Bekämpfung zu erkennen, und zwar durch die Organisation der Tuberkulose- Fürsorgestellen, die sich netzartig über das ganze Reich erstrecken. Einen weiteren Ausbau bedeutet das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934, nach welchem die Staatlichen Gesundheitsämter die Träger der Tuberkulose-Fürsorge sind.

Der Weg zur einheitlichen Gestaltung der Tuberkulose-Bekämpfung wird nun geebnet oder doch angelegt durch die Bildung des „Reichstuberkuloserates" am 23. 11. 1938, dem die Aufgabe zufällt, die zentrale Planung der Tuberkulose-Bekämpfung zu schaffen, Arbeitsgemeinschaften zur Bekämpfung der Seuchen in den Ländern und Provinzen zu bilden und darüber zu wachen, daß die notwendigen Maßnahmen durchgeführt werden. Den Vorsitz führt *Gütt*.

In Hamburg beschränkte sich nach *Erichson* bis 1907 „die Fürsorge für Lungenleidende auf einen kleinen Teil Lungenkranker, der die Hilfe der Allgemeinen Armenanstalt in Anspruch nahm. Nebenbei fanden

---

[4] § 22 II der Landesseuchenordnung lautet: „Werden auf Erfordern des Gemeindevorstandes in der Wohnung des Kranken, die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen oder können sie nicht getroffen werden, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einem anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden".

von seiten des Medizinalkollegiums seit 1905 Erhebungen über Lungenkranke und ihre Angehörigen statt, deren Erkrankungen durch Meldungen der L.V.A. (Landes-Versicherungs-Anstalt der Hansestädte) oder auch durch Krankenaufnahme oder durch Todesscheine bekannt geworden waren. Diese Fürsorge war höchst unvollkommen. Sie beschränkte sich ganz allgemein auf ‚Ratschläge an die Bevölkerung zur Verhütung der Tuberkulose' des Medizinal-Kollegiums, persönliche Belehrung durch die von der Behörde mit der Erhebung betrauten Hilfsarbeiter und schließlich auf Desinfektion der Wohnung."

„Am 24. 10. 1907 Eröffnung der ersten beiden Lungenfürsorgestellen. Der Unterhalt erfolgt aus Mitteln des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose', später auch durch Krankenkassenbeiträge und durch L.V.A. Seit 1917 ‚Hamburgischer Landesverband für Volksgesundheitspflege', in dem im Februar 1919 der ‚Ausschuß zur Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenleidende' und die Fürsorgehauptstelle aufgehen. Seitdem liegt die Tuberkulosebekämpfung und -Fürsorge ganz beim Landesverband und bildet sein Hauptarbeitsgebiet. Als 1920 für das Gesundheitswesen die Gesundheitsbehörde an die Stelle des Krankenhaus- und Medizinalkollegiums tritt, befaßt sich diese auch mit der offenen Gesundheitsfürsorge und tritt mit dem Landesverband in enge Fühlung (Fürsorgearbeitsgemeinschaft). Mit der Wohlfahrtsbehörde wird gleichfalls weitgehend zusammen gearbeitet. In jedem Bezirk ist eine Oberfürsorgerin tätig, die den Verkehr zwischen den Fürsorgerinnen mit der Wohlfahrtsstelle regelt; diese Fürsogerinnen sind dem Landesverband und der Landeszentrale entliehen; sie nehmen auch an den Bezirksversammlungen teil und sichern die Verbindung zwischen wirtschaftlicher und Gesundheitsführung. Der Landesverband übt in 25 Fürsorgestellen und bis zum Juli 1927 mit 24 Ärzten und 29 Fürsorgerinnen die Hamburgische Lungenfürsorge aus. Die Fürsorgeärzte sind hinsichtlich der Kinderverschickung Vertrauensärzte der L.V.A. und bei Hülfsbedürftigen auch Vertrauensärzte der Wohlfahrtsbehörde. Seit dem 1. 7. 1927 treten an die Stelle der 24 Nebenamtlichen Ärzte 6 hauptamtliche Ärzte und außerdem an 1. 5. 1928 ein hauptamtlicher Fürsorgearzt für das Landgebiet."

In neuerer Zeit ist Hamburg[5] in 11 Fürsorgestellen und diese in 28 Bezirke mit je einer Fürsorgeschwester eingeteilt. Diese Fürsorgestellen, von denen fast sämtliche einen Röntgenapparat besitzen, werden von einem hauptamtlich angestellten Facharzt für Lungen- oder innere Krankheiten nebst Mitarbeitern und Schwestern geleitet. Neben der Erfassung des Seuchenherdes und Abriegelung der betreffenden Infektionsquelle, werden zum Schutz der Gesunden Umgebungsuntersuchungen und ferner Reihendurchleuchtungen von geschlossenen Verbänden und Personenkreisen durchgeführt.

Seit 1934 besteht in Hamburg in den Staatlichen Wohlfahrtsanstalten in der Oberaltenallee eine geschlossene Abteilung für asoziale

---

[5] In dieser Arbeit beschränke ich mich auf das Hamburg vor dem Erlaß des Groß-Hamburg-Gesetzes vom 26. 1. 1937 (und in Kraft getreten am 1. 4. 1937), also ohne die preußischen Gebietsteile.

und antisoziale Lungenkranke, unter Leitung *Biemann's*, denn die Unterbringung asozialer Kranker in einer Heilstätte bedeutet schon vom rein finanziellen Standpunkt aus betrachtet eine schwere Belastung, und zwar zu ungunsten sozial wertvollerer Menschen. Ich erinnere nur an die Ausgaben, die für erbbiologisch Minderwertige durch großzügige Bauten, durch Rücksichtnahme auf ihre individuellen Eigenheiten usw. in der Nachkriegszeit gemacht wurden. Die Erfahrung lehrte, die eine großer Teil der asozialen Offentuberkulösen, wenn einmal erfaßt und zur Behandlung eingeliefert, vorzeitig die Kur abbrach oder durch disziplinloses Verhalten zum Verlassen der Heilstätte gezwungen wurde. Damit erhöhte sich wieder die Zahl der Infektionsquellen, weil der so verkürzte Aufenthalt weder zum Stillstand oder zur Ausschaltung der Ansteckungsfähigkeit noch zum schicksalsmäßig bedingten Ablauf bei den schweren Fällen führte. Weiterhin hatten die Heilstätten keine Handhabe, disziplinierend auf diese Kranken einzuwirken, geschweige denn härtere Strafen gegen sie zu verhängen. Das seuchenhygienische Gewissen der Gesundheitsbehörde und mitverantwortlichen Stellen erfuhr dadurch eine schwere Belastung. Sie ist seit der Schaffung der geschlossenen Abteilung 1934 weitgehend behoben worden, deren Einrichtung im Stadtstaat Hamburg durch die guten personellen Beziehungen der Leiter der hierfür in Frage kommenden Behörden und Anstalten begünstigt wurde nach der hier herrschenden Anschauung: „erst die Tat, dann die Kostenregelung usw."

Man braucht nur einmal die Einstellung asozialer Kranker zu prüfen oder ihre Aussagen in bezug auf die Krankheit und die Gefährdung ihrer Umgebung zu sammeln, um sofort die Gefahr zu erkennen, die durch solche Elemente täglich heraufbeschworen wird und tatsächlich vorhanden ist. Der Übergang vom asozialen zum bewußt antisozialen Benehmen ist fließend. Zwei besonders krasse Fälle will ich anführen:

Duken schildert einen Fall, in dem ein Offentuberkulöser seinem eigenen Kinde Sputum in den Mund schmierte mit den Worten: „Wenn ich verrecke, dann kann mein Kind auch verrecken."

Eine Lungenfürsorgeschwester berichtete der Hamburger Lungenfürsorge von einem Offentuberkulösen, der, als er von ihr aufmerksam gemacht, als Kranker nicht zu einer Familie mit Kindern zu ziehen, zweimal im Laufe des Gespräches erklärte: „Gut, dann ziehe ich erst recht zu einer Familie mit vielen Kindern, mir ist alles gleich."

Derartige Äußerungen sind oft genug zu hören und zeigen, daß diese Kranken trotz ihrer ansteckungsfähigen Tuberkulose sich nicht die geringste Beschränkung und Vorsicht auferlegen und den Folgen ihres Verhaltens uneinsichtig gegenüberstehen.

Die Einweisung erfolgt auf Grund des § 22 des Hamburgischen Polizei-Verwaltungs-Gesetzes.

Gesetz, betr. das Verhältnis der Verwaltung zur Rechtspflege vom 23. 4. 1879, kurz das „Verhältnisgesetz".

§ 22

Die Polizeibehörden und ihre Beamten und Angestellten sind befugt, Personen in Verwahrung zu nehmen, wenn der eigene Schutz dieser

Personen oder die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ruhe oder die *Abwendung von Gefahren für andere Personen* diese Maßregelung erforderlich macht (z. B. Trunkene, Geistesgestörte, Kranke, Ruhestörer, Personen, die andere mit Gewalt bedrohen).

In polizeiliche Verwahrung können auch solche Personen genommen werden, welche nach Maßgabe § 3 des Reichsgesetzes über das Paßwesen vom 12. 10. 1867 sich auf Erfordern über ihre Person nicht genügend auszuweisen vermögen.

Der Vorstand der betreffenden Polizeibehörde hat jedoch die infolge dieser Bestimmungen in Verwahrung genommenen Personen spätestens am nächsten Werktage wieder zu entlassen oder die nötigen Maßregeln zum ferneren Schutze bzw. zur Legitimation dieser Personen oder zur Überweisung derselben an die zuständige Behörde anzuordnen.

Die Polizeibehörde führt die Einweisung nach Anzeige des Hamburgischen Landesverbandes für Volksgesundheitspflege auf Antrag des Staatlichen Gesundheitsamtes durch. Aus den früheren preußischen Gebieten erfolgen seit dem Erlaß des Groß-Hamburg-Gesetzes sinngemäße Einweisungen auf Grund des § 14 des Preußischen Polizei-Verwaltungs-Gesetzes vom 1. Juni 1931. Er lautet:

„Die Polizeibehörden haben im Rahmen der geltenden Gesetze die nach pflichtgemäßen Ermessen notwendigen Maßnahmen zu treffen, um von der Allgemeinheit oder dem einzelnen Gefahren abzuwenden, durch die die öffentliche Sicherheit oder Ordnung bedroht wird."

Der § 327 des Reichsstraf-Gesetzbuches sieht eine Bestrafung der Personen vor, die eine ausgesprochene Asylierung zu hintertreiben suchen. Sein Wortlaut:

„Wer die Absperrung- oder Aufsichtsmaßregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet sind, wissentlich verletzt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu RM. 100 000.— bestraft.

Ist infolge dieser Verletzung ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden, so tritt Gefängnisstrafe von 3 Monaten bis zu 3 Jahren ein."

In Hamburg fehlt noch eine der Thüringischen Landesseuchen-Ordnung entsprechende Vorschrift, daß „ansteckungsverdächtige Personen, die obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind, oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen, bis zur Genesung in einem Krankenhause abzusondern sind[6]".

Als Abschluß der gesetzlichen Bestimmungen will ich einen Entscheid des Hamburgischen Verwaltungs-Gerichtes vom 8. 7. 1936 nicht unerwähnt lassen.

---

[6] § 22 III der Thüringischen Seuchenausführungsbestimmungen.

„ . . . Im Interesse der Erhaltung der Volksgesundheit und der wirksamen Bekämpfung der Tuberkulosenverbreitung muß unter Hintenansetzung des Interesses des Betroffenen gefordert werden, daß ansteckungsfähige Lungenkranke nicht in Lebens- und Genußmittelbetrieben tätig werden . . .".

Der Kostenträger ist in der überwiegenden Mehrzahl die einweisende Fürsorge- und Gesundheitsbehörde, also die Stadt, während in seltenen Fällen durch Einweisung des Distriktsarztes der Polizei das Reich als solcher auftritt. Die Verrechnung geschieht innerhalb der Behörden, so daß die ärztliche Leitung dieser Sorge enthoben ist. Der Tagessatz für Unterbringung, ärztliche Betreuung, Medikamente, Verpflegung usw. beträgt nur RM. 2,75. Hervorzuheben ist, daß die L.V.A. davon RM. 1.— täglich übernommen hat.

In den Staatlichen Wohlfahrtanstalten in der Oberaltenalle werden die weiblichen und männlichen Insassen der Zwangsabteilung getrennt untergebracht. Die tuberkulösen Männer, die sich z. Zt. auf Grund des § 22 in der Anstalt befinden, sind auf 4 Einzelstationen verteilt. Aufstellung nach *Pecht* vom Januar 1938 zeigt die Verteilung der einzelnen Kranken in den Einzelstationen:

		M. S. 25		
1.	B. A.	aufgenommen	am	31. 8. 37
2.	B. B.	„	„	13. 9. 37
3.	G. C.	„	„	25. 8. 37
4.	N. A.	„	„	9. 8. 37
		M. S. 35		
5.	B. R.	aufgenommen	am	11. 5. 35
6.	C. A.	„	„	5. 4. 37
7.	K. P.	„	„	6. 11. 35
8.	S. F.	„	„	30. 7. 36
		M. S. 36		
9.	F. A.	aufgenommen	am	1. 4. 37
10.	J. F.	„	„	18. 2. 37
11.	L. R.	„	„	12. 12. 35
12.	N. A.	„	„	30. 6. 36
13.	Sch. H.	„	„	18. 6. 37
14.	W. A.	„	„	23. 3. 37
		M. S. 54		
15.	B. F.	aufgenommen	am	6. 2. 37
16.	D. G.	„	„	29. 5. 36
17.	D. G.	„	„	26. 11. 36
18.	F. F.	„	„	4. 1. 35
19.	H. W.	„	„	5. 6. 37
20.	J. D.	„	„	5. 11. 36
21.	K. F.	„	„	7. 4. 36
22.	O. M.	„	„	26. 8. 35
23.	Sch. A.	„	„	5. 1. 37
24.	V. A.	„	„	27. 1. 37

Auf Grund des § 22 eingewiesene Frauenkranke

1.	D. M.	aufgenommen	am	11. 9. 36
2.	v. D. K.	„	„	12. 1. 37
3.	E. G.	„	„	12. 12. 34
4.	H. L.	„	„	4. 6. 36
5.	H. A.	„	„	19. 11. 36
6.	K. M.	„	„	12. 11. 37
7.	M. S.	„	„	24. 1. 37
8.	P. G.	„	„	23. 3. 33
9.	R. E.	„	„	10. 4. 37
10.	R. A.	„	„	30. 8. 37
11.	Sch. F.	„	„	11. 8. 37
12.	Sch. A.	„	„	30. 11. 35
13.	St. D.	„	„	15. 1. 37

Belegung innerhalb der letzten 3½ Jahre nach *Pecht*

	Aufnahmen	geheilt	ungeheilt	gest.	Bestand
Männer	47	8	8	7	24
Frauen	32	3	4	12	13

Um das soziale Niveau der eingewiesenen Offentuberkulösen deutlicher zu schildern, gebe ich von einzelnen Kranken einige Notizen aus ihren Akten bekannt.

Der Händler B. R., 36 Jahre alt, der Lues- und Gonorrhoekuren durchgemacht hat, schaut auf eine Reihe von 16 Haft- und Gefängnisstrafen zurück. Ein außereheliches Kind von ihm befindet sich in einer Irrenanstalt. Seit seiner ersten Aufnahme ist er fünfmal entwichen oder vom Urlaub nicht zurückgekehrt. Bis jetzt wurde er jedesmal von der Polizei zurückgeführt.

Der Kellner V. A., 55 Jahre alt, Morphinist, Tabiker.

Der Bauarbeiter F. A., 63 Jahre alt, chronischer Trinker und schwer nervenleidend. Seine Wohnung ist vollkommen verdreckt, verwanzt und verwahrlost.

Der Kontorist L. R., 33 Jahre alt, ist homosexuell veranlagt. Undurchsichtige Geldverhältnisse.

Der Arbeiter B. F., 49 Jahre alt, wegen Raubes, schweren Diebstahles, gemeiner Körperverletzung, Nötigung, Hehlerei bestraft; darunter 6 Jahre Zuchthaus, 5 Jahre Ehrverlust.

So und ähnlich lauten die Vorgeschichten der Kranken. Unklare Verhältnisse, Nichtbefolgen der Vorschriften der Gesundheitsbehörde, Trunksucht sind die „harmlosesten" Vergehen und Eigenschaften.

Neben dieser asozialen „geschlossenen" Abteilung befindet sich in den Staatlichen Wohlfahrtsanstalten, wie oben bereits erwähnt, schon seit längeren Jahren eine „offene" Lungenabteilung. Die Insassen sind sozial einwandfreie Menschen, die längere Zeit in einer Heilstätte behandelt worden sind, und bei denen das Leiden aller Voraussicht nach noch andauern wird. Ihre Verlegung in die Oberaltenallee erfolgt dann frei-

willig oder mit mehr oder weniger moralischem Zwang, weil hier die Behandlungskosten usw. sich billiger gestalten. Für die Betroffenen ist es zwar eine härtere Maßnahme, da sie in der Nähe von asozialen Gleichkranken untergebracht werden, doch rein biologisch und vom Standpunkt der Auslese durch die Tuberkulose betrachtet, sind sie nicht so „wertvoll", wie gesunde Menschen, oder solche mit guter, in absehbarer Zeit liegender Heilung. Es darf daraus nicht gefolgert werden, daß diese hier untergebrachten Kranken so wie die Zwangsasylierten keine ärztliche Behandlung erfahren.

Bei beeinflußbaren und Kranken mit guten Heilungstendenzen wird eine entsprechende Zweckbehandlung durchgeführt. Pneumothorax-Behandlung erfolgt in den Staatlichen Wohlfahrtsanstalten selbst. Ist eine lungenchirurgische Operation erforderlich, so wird Verlegung in das Krankenhaus *Barmbeck* angeordnet. Geisteskranke Offentuberkulöse können in den betreffenden Anstalten gesondert untergebracht werden. Ferner steht auf Anforderung jederzeit ein Facharzt zur Verfügung. Die Behandlung ist also trotz des geringen täglichen Pauschalpreises von RM. 2.75 eine vielseitige. Ebenso ist für das leibliche Wohl der Patienten gut gesorgt, wie ich mich selbst überzeugen konnte. *Pecht* berichtet, daß bei Kranken mit genügend Abwehrkräften Gewichtssteigerungen bis zu 22 kg erzielt wurden. Diese Gewichtssteigerungen sprechen für die Güte des Essens, das die Kranken zu Hause vielleicht in den weitaus meisten Fällen nicht gekannt haben. Über das Essen wird zwar „gemeckert", doch kann man nicht selbst in den besten Pensionen bei Gesunden das gleiche beobachten? Die Verpflegung für freiwillig- und zwangsasylierte Lungenkranke ist dieselbe.

„Außer der durchweg besseren Pflege als in der eigenen Häuslichkeit zeigt sich bei diesen Lungenkranken der regelmäßige Lebenswandel als sehr günstiger Heilfaktor. In einer Reihe von früher kaum gebesserten Fällen muß man auf Grund der Erfolge im Verlauf der längeren Asylierung annehmen, daß einer Besserung weniger die Schwere des Leidens oder die erbbedingte erhöhte Auffälligkeit für Tbc., sondern der unzweckmäßige Lebenswandel entgegengestanden hat". *(Pecht).*

Eine leichte Arbeitstherapie wird bei denen, die dazu gesundheitlich in der Lage sind, durchgeführt. Die Männer können beim Säubern der Säle mithelfen und werden zu leichten Gartenarbeiten herangezogen. Die Frauen finden mit Näharbeit, Bücheraustragen und Ähnlichem Beschäftigung. Man kann auch hier wie z. B. in Stadtroda eher von einem Mangel an Arbeitsmöglichkeit reden, der durch Lektüre — in vielen Fällen sind Kriminalromane sehr geschätzt — Gesellschaftsspiele und Radioempfang — jedes Bett ist mit Anschluß für Kopfhörer versehen — nicht voll und ganz ausgefüllt werden kann.

Strafen werden in Form von Bettruhe, Urlaubssperre, Taschengeldentzug[7] verhängt und bei groben Verstößen auch Einzelhaft mit schmaler Kost.

Briefkontrolle besteht nicht.

---

[7] Die Höhe des Taschengeldes beträgt pro Woche RM. 0.25.

Die Tageseinteilung ist kurz folgende:

7 Uhr Wecken. Im Laufe des Vormittags eine Freistunde. Nach dem Mittagessen Bettruhe von 12—14 Uhr. Nachmittags eine Freistunde. 21 Uhr zu Bett gehen, Licht aus.

Auf den einzelnen Stationen ist stets ein Wärter anwesend.

Entweichungen und Nichtzurückkehren vom Urlaub kommen hin und wieder, durch das soziale Niveau und den Charakter der Kranken bedingt, vor. Sie sind jedoch in der ersten Zeit seit dem Bestehen der geschlossenen Abteilung häufiger beobachtet worden als jetzt. Diese Tatsache ist nicht die Folge einer Verschärfung der Sicherungsmaßnahmen, sondern beruht aller Wahrscheinlichkeit nach, wenn nicht überhaupt, auf dem Zurückbringen durch die gut arbeitende Polizei und die dann in der Anstalt selbst ausgeführten oben erwähnten Strafen. Durch die meist recht schnelle Wiederzuführung wird dem Drang zum Entweichen besser entgegengearbeitet als durch eine hermetisch durchgeführte Abgeschlossenheit, die den Charakter des Grauen und Düsteren in besonderem Maße unterstreicht, während so der Weg zur guten Führung um so besser frei wird, als die Aussichtslosigkeit auf das Erlangen der ersehnten Freiheit immer wieder betont wird. Zwar bleibt die Gefahr der Ansteckung für gesunde Volksgenossen bei Urlaubsüberschreitungen und gelungenen Ausbruchsversuchen bestehen, doch selbst durch größte Sicherheitsmaßnahmen könnte man dieser Gefahr nicht restlos entgegentreten, denn auch aus Zuchthäusern und Festungen entweichen Insassen.

Als Anreiz für ein einwandfreies Benehmen dient vor allen Dingen die Urlaubsgewährung. „Wenn die Zwangsasylierten wissen, daß für die ganze Dauer des Anstaltsaufenthaltes Beurlaubungen ausgeschlossen sind, wird die Leitung der Versorgungsanstalten und ihre Beamten und Angestellten mit den größten Schwierigkeiten zu rechnen haben". *(Biemann).* Man kann auf die Urlaubsgewährung nicht verzichten, es sei denn, die Betreffenden würden in größeren Anstaltskomplexen untergebracht werden, die nur der Aufnahme asozialer ansteckungsfähiger Kranker dienen, und wo die Angehörigen der Insassen um Besuchszeit bei der Anstaltsleitung nachfragen müßten. Diese Regelung würde für eine zweckentsprechende Seuchenbekämpfung, für die Behörden, die Allgemeinheit und auch die Kranken selbst gewinnbringender sein als das jetzt herrschende Urlaubssystem.

Beurlaubungen erfolgen frühestens nach halbjähriger Asylierungsdauer für vier Stunden alle 14 Tage unter Berücksichtigung der Führung in der Anstalt, nachdem von der Lungenfürsorge und der Wohlfahrtsanstalt keine Bedenken geäußert worden sind. Der Polizeipräsident der Wohlfahrtspolizei, der bei der erstmaligen Beurlaubung um die Einholung seiner Zustimmung gebeten hat, pflegt sich der Stellungnahme der Anstalt und Lungenfürsorge anzuschließen.

Entlassungen sind bisher erfolgt:

a) *bei Männern:*

1.	C. P.	entlassen nach	13 Monaten
2.	H. E.	„ „	11 „
3.	H. P.	„ „	20 „

4.	H. G.	entlassen nach	18	Monaten
5.	H. A.	„ „	12	„
6.	H. B.	„ „	25	„
7.	K. W.	„ „	8	„
8.	L. U.	„ „	11	„
9.	L. J.	„ „	6	„
10.	M. D.	„ „	11	„
11.	P. W.	„ „	13	„
12.	Sch. A.	„ „	18	„
13.	Sch. F.	„ „	1	„
14.	Sch. O.	„ „	11	„
15.	W. A.	„ „	3	„
16.	K. D.	„ „	8	„

b) *bei Frauen:*

1.	D.	entlassen nach	6	Monaten
2.	E—B.	„ „	16	„
3.	L.	„ „	18	„
4.	M.	„ „	8	„
5.	R.	„ „	6	„
6.	W.	„ „	2	„

Bei Entlassungsfragen unterscheidet die Anstaltsleitung nicht zwischen „Offen" und „geschlossen", sondern zwischen ansteckend und nicht ansteckend. Es wird weitere Ansteckungsfähigkeit angenommen, wenn röntgenologisch deutlich erkennbare Cavernen oder ein Pneumothorax bestehen. Mit Sicherheit muß die Ansteckungsfähigkeit ausgeschlossen werden; der negative Ausfall einer oder mehrerer Aufwuntersuchungen schließt die Infektiosität nicht aus, also Entlassungen sind möglich bei klinisch und röntgenologisch ausgeheilten Fällen, ferner auch, wenn der Asylierte es gelernt hat, mit sich und seiner Umgebung hygienisch einwandfrei umzugehen, und wenn der soziale Einweisungsgrund fortgefallen ist, wie z. B. Entfernung gefährdeter Kinder aus der betreffenden Wohnung. Bei sämtlichen Entlassungen muß allerdings mit der Rückfälligkeit der asozialen Elemente gerechnet werden und der sich hieraus ergebenden oft genug dann schwer zu erfassende Gefahrenquelle für die Mitmenschen. Aus diesem Gesichtspunkt heraus schlagen die Verantwortlichen der Anstalt nach Prüfung und Übereinkunft mit der Lungenfürsorge bei nicht ausgeheilten Tuberkulosen nach einer Zeit von mindestens zwei Jahren eine bedingte Asylierung vor. Die nach § 22 angeordnete zwangsweise Unterbringung wird aufgehoben, und zwar unter der Bedingung, daß der XY. so lange in der Anstalt verbleibt, wie es die Lungenfürsorge und die ärztliche Leitung der Staatlichen Wohlfahrtsanstalten für notwendig halten, und daß er auch nach seiner Entlassung sich einer weiteren Überwachung durch die Lungenfürsorge unterzieht[8].

---

[8] Diese Aufhebung des § 22 wird dem Betreffenden offiziell durch den Polizeipräsidenten der Wohlfahrtspolizei mitgeteilt.

Der nun freiwillige Aufenthalt in der Anstalt bedingt Unterkunft in der „offenen" Abteilung, Taschengelderhöhung, reichlicheren Urlaub und größere Geländefreiheit. Die Aufhebung des § 22 und die damit verbundene Beseitigung der sozialen Belastung stellt eine weitere Maßnahme dar, den Trieb zu hygienischen einwandfreiem Benehmen auf der „geschlossenen" Abteilung zu fördern.

Ist eine Entlassung ausgesprochen, so wird dem Betreffenden mitgeteilt, was er durch seine Unterschrift bestätigt, daß die Entlassung aus der Zwangsasylierung wegen seiner ansteckenden Tuberkulose unter der Voraussetzung erfolgt sei, daß er regelmäßig den Aufforderungen der Lungenfürsorge Folge zu leisten und ihre Anordnungen genau zu befolgen habe, andernfalls er sich einer erneuten zwangsweisen Unterbringung aussetze.

Todesfällle sind nach *Pecht's* Aufstellung Januar 1938 zu verzeichnen:

a) *Männer*

1.	M. C.	aufgenommen	6. 6. 35	verstorben	13. 6. 37
2.	G. J.	„	19. 12. 35	„	20. 7. 36
3.	G. H.	„	8. 6. 37	„	4. 9. 37
4.	H. D.	„	26. 2. 37	„	6. 8. 37
5.	Sch. H.	„	3. 8. 36	„	11. 11. 36
6.	R. M.	„	18. 5. 36	„	9. 8. 37
7.	St. W.	„	13. 5. 36	„	17. 11. 36

b) *Frauen*

1.	C. M.	aufgenommen	1. 2. 36	verstorben	14. 12. 37
2.	F. A.	„	12. 6. 34	„	13. 1. 36
3.	H. D.	„	8. 5. 37	„	12. 5. 37
4.	H. E.	„	11. 4. 34	„	2. 6. 37
5.	H. D.	„	21. 9. 36	„	18. 6. 37
6.	H. M.	„	21. 12. 34	„	3. 8. 35
7.	J. L.	„	13. 1. 37	„	13. 4. 37
8.	K. C.	„	7. 9. 34	„	4. 9. 36
9.	L. E.	„	8. 9. 37	„	17. 9. 37
10.	R. K.	„	16. 11. 37	„	2. 12. 37
11.	St. P.	„	8. 3. 37	„	10. 1. 38
12.	W. M.	„	8. 2. 36	„	18. 11. 37

Sämtliche Maßnahmen gegen asoziale Offentuberkulöse, die hier in Hamburg getroffen werden, stellen einen Beitrag, einen sehr wirksamen Bestandteil, im Kampf gegen diese Seuche dar. Es ist zwar erst ein Anfang auf diesem Gebiete, doch er zeigt, wie man die gröbsten Schäden schnell und wirksam beseitigen kann.

Auf einen wertvollen und ausbauwürdigen Beitrag, in diesem Kampf will ich noch hinweisen, auf die Massen- oder Reihenuntersuchungen mit Hilfe des Röntgenreihenbildners.

Holfelder berichtet von dem ersten Großeinsatz des Röntgenreihenbildners im S.S.-Lager zu Nürnberg. „Die Arbeiten sind nun so weit zum Abschluß gelangt, daß wir jetzt über einen Röntgenreihenbildner mit Röntgenkamera verfügen, die so scharfe Röntgenschirmbilder liefert, daß

sie für eine diagnostische Auswertung in vollem Umfange genügen". Ein rasches Arbeiten ist gewährleistet und „um bei den vielen Aufnahmen, die man erzielt, Verwechslungen zu vermeiden, muß automatisch auch der Name des Untersuchten auf dem kleinen Reihenbild mit photographiert werden." Mit eingearbeitem Personal beträgt die „durchschnittliche Stundenleistung 300, und die durchschnittliche Tagesleistung 2000 Aufnahmen. An den Hauptarbeitstagen wurden täglich 2400 Aufnahmen mit der einen Apparatur bewältigt. Diese große Leistung ließ sich nur dadurch ermöglichen, daß wir in der Minute durchschnittlich fünf Aufnahmen und bisweilen acht Aufnahmen gewinnen konnten. Nur in jedem 100. Falle mußten wir etwa eine Aufnahme wegen Veratmung wiederholen". Das Format von 24 mal 24 mm ist nach *Holfelder* voll ausreichend, auch hinsichtlich der Darstellung von Einzelheiten. „Die Auswertung der insgesamt 10 736 Röntgenreihenbilder ergab einen Prozentsatz von 0,9% bzw. 91 Mann, die auf aktive Tbc. verdächtig waren".

Auf Tbc.-Verdächtige werden nach 2—3 Wochen einer weiteren fachärztlichen Untersuchung zugeführt, damit erneute Aufnahmen den Verlauf feststellen können zur Stellung einer endgültigen Diagnose.

Die einzelne Aufnahme kann für RM. 0,50 hergestellt werden. Die Herstellung der Aufnahme, Führung der Karteikarte, ärztliche Auswertung der Aufnahme einschließlich Befundbericht sind in diesem Preis einbegriffen. „Von jedem Krankheitsbefund kann für RM. 0.20 eine ausreichende Vergrößerung der Aufnahme hergestellt werden. Voraussetzung für diese Kalkulation ist, daß uns die Räume und der Kraftanschluß in den Betrieben, Schulen, Kasernen usw., in denen wir die Aufnahmen durchführen, konstenlos zur Verfügung gestellt werden, und daß auch für die Listenführung der zu Untersuchenden von dem Betriebe selbst Sorge getragen wird."

Doch zu diesen Teilaufgaben, die ja ein bereits bestehendes Übel bekämpfen, müssen größere Gesichtspunkte hinzutreten, die dem ganzen Kampf den Stempel aufzudrücken haben, und nach denen ein einheitlicher Plan für die totale Seuchenbekämpfung auszurichten ist.

Neben dem Ausbau, der Forschung und den sich daraus ergebenden praktischen Folgerungen,

neben Erfassung und Abriegelung des Infektionsherdes, dem Schutz der gesunden Menschen und besonders der Kinder,

neben dem immer stärkeren Wachsen der Maßnahmen des Führers zur Ertüchtigung der Jugend und des gesamten Volkes (Arbeitsdienst, Wehrmacht, Schaffung von Siedlungen, Belehrung weiter Volkskreise für sachgemäße Ernährung) als einer wichtigen Vorsorge gegen die Tuberkulose,

neben der Kräftigung des Gesamtorganismus durch die allgemeine Hebung der Volksgesundheit und gesundheitsfördernde Jugenderziehung, die der tuberkulösen Infektion am besten die Gefahr nimmt, muß durch die Gesamterziehung des Volkes Vorarbeit geleistet werden. Wenn erst allen Volksgenossen durch weltanschauliche Schulung und Erziehung von früh auf eingehämmert ist, daß die Reinerhaltung und Höherentwicklung

der Rasse einer der höchsten Gesichtspunkte sein muß, dem sich der einzelne, der ja erst durch die Gemeinschaft seine Kräfte und Fähigkeiten entfalten kann, zu stellen hat, dann erst kann von einem wirklichen Erfolg auf dem Gebiete der totalen Seuchenbekämpfung die Rede sein. Jeder einzelne muß erkennen, daß er, wenn er krank und erblich belastet ist, dieses Unglück nicht seinen Mitmenschen und Kindern übertragen darf. Wurzeln diese Gedanken tief in der Allgemeinheit, dann wird nach der augenblicklichen Forderung, reichseinheitliche gesetzliche Bestimmungen zur Zwangsasylierung gegen asoziale ansteckend Kranke zu treffen, die Stunde kommen, in der diese Maßnahmen zu denen gehörten, die am Anfang des Kampfes gegen eine Volksseuche standen. Dieser Kampf, der mit aller Entschlossenheit geführt werden muß, wird für die kommende Generation einen Segen bedeuten, denn

„es ist eine Halbheit, unheilbar kranken Menschen die dauernde Möglichkeit einer Verseuchung der übrigen gesunden zu gewähren. Es entspricht dies einer Humanität, die, um dem einen nicht wehe zu tun, hundert andere zugrundegehen läßt."

Meinen ganz besonderen Dank möchte ich Herrn Obermedizinalrat Dr. Hans Koopmann an dieser Stelle aussprechen für Überlassung des Themas, und dafür, daß er mich während meiner Arbeit mit seinem Rat geleitet hat.

Ferner danke ich dem Leiter der Staatlichen Wohlfahrtsanstalten, Herrn Prof. Dr. Biemann und seinem Mitarbeiter Herrn Dr. Pecht, dem Leiter der Lungenfürsorge, Herrn Dr. Schultz, dem Lungenfürsorgearzt Herrn Dr. Dahme und dem Herrn Präsidenten der Wohlfahrtspolizei für Überlassung von Material und Einblick in die Akten.

SCHRIFTTUM

Erichson: „Tuberkulose-Fürsorge", Hamburg 1930 — Die Fürsorge in Hamburg —.

Heisig: „Erfahrungen mit der zwangsweisen Absonderung Offentuberkulöser im Rahmen der Thüringischen-Tuberkulose-Bekämpfung." — Ziel und Weg, 1937, Heft 1 —.

— „Erfahrungen mit der Zwangs-Isolierungsstation in Stadtroda in Thüringen" — Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 86, Heft 8 —.

Heisig und Boening: „Bisherige Erfahrungen mit der Zwangsisolierungsstation in Stadtroda im Rahmen der Thüringer Tuberkulose- Bekämpfung". — Bulletin f. d. internat. Tuberkulose-Union, 1936 —.

Holfelder: „Der erste Großeinsatz des Röntgenreihenbildners im S.S.-Lager zu Nürnberg". — Müchener Med. Wochenschr. Nr. 38, 85 Jahrgang, 1938 —.

Koester: „Zeitgemäße Tuberkulosefragen und ihre Auswirkung für die praktische Tuberkulosebekämpfung". — Deutsches Tuberkulose-Blatt, 1938, Heft 2 —.

Pecht: „Anstaltsmäßige Zwangsasylierung asozialer Lungenkranker in Hamburg". — Referat zur 26. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft f. Innere Medizin, 1938 —.

Roloff: „Die Zwangsverwahrung asozialer Offentuberkulöser nach den heute geltenden Gesetzen". — Öffentl. Gesundheitsdienst 3, B 97 — B 102 (1937) —.

Steigerthal: „Die Zusammenhänge zwischen Zwangsfürsorge und Maßregeln der Sicherung und Besserung in Hamburg". — Monatsschrift f. Kriminalbiologie und Strafrechtsreform 1937, Heft 3 —.

— „Bewahrungsgesetz und Bewahrungsanstalt". — Zeitschrift f. Wohlfahrtspflege, Maiheft 1936 —.

Steinwallner: „Bekämpfung der Tuberkulose im Ausland". — Münchener Med. Wochenschr. Nr. 25, 1937 —.

LEBENSLAUF

Am 9. 2. 1913 wurde ich als Sohn des Eichmeisters Emil Jarosch und seiner Ehefrau, geb. Papendieck, in Aschersleben am Harz geboren. Die Kriegsjahre verbrachte ich in Berlin. In meiner Heimatstadt besuchte ich das Real-Reform-Gymnasium. Im Jahre 1928 erfolgte die Versetzung meines Vaters nach Torgau-Elbe. Ich besuchte das Realgymnasium in Eilenburg bei Torgau, die beiden letzten Schuljahre die Oberrealschule in Bad Sachsa, an der ich im Herbst 1932 die Reifeprüfung bestand. Anschließend war ich als Apothekerpraktikant tätig. Seit dem Wintersemester 1933/34 studierte ich Medizin. Die ersten fünf Semester bis zur vollendeten ärztlichen Vorprüfung weilte ich in Jena. Im Herbst 1935 starb mein Vater. In Halle-Saale weilte ich im Sommersemester 1936. Seit dem Wintersemester 1936/37 besuche ich die Hochschule in Hamburg, wo ich jetzt das Staatsexamen bestanden habe.

Fritz Jarosch